



MAHEC Formulario de registro del/la paciente

Por favor complete la siguiente información utilizando tinta negra. ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.

- Internal Medicine
 FHC Biltmore
 FHC Cane Creek
 FHC Enka/Candler
 FHC Newbridge
 Ob/Gyn Biltmore
 Ob/Gyn Franklin
 Women's Care Brevard
 Psychiatry
 Deerfield
 Givens

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre y apellido(s): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección de la casa: _____ Género al nacer: Masculino Femenino
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Nº de seguro social: _____
 Condado de residencia: _____ Correo electrónico: _____
 Número telefónico en casa: _____ Celular: _____ Número telefónico en el trabajo: _____

Al proporcionar un número de teléfono, número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico autorizo a MAHEC a ponerse en contacto conmigo o con mi tutor/representante legal para recordatorios de citas, para obtener información acerca de mi experiencia en este consultorio y para proporcionar recordatorios generales de salud y otra información con respecto a mi atención médica.

Necesidades especiales de la audición:

Necesidades especiales de la visión:

Utiliza silla de ruedas: Sí No

Tiene trastorno del habla: Sí No

Tiene estatus de veterano/a: Sí No

Raza (seleccione una):

- Asiático/a
 Nativo/a de Hawái
 De otras islas de Pacífico
 Negro/a, afroamericano/a
 Nativo/a de América del Norte o de Alaska
 Blanco/a
 Más de una sola raza

Identidad étnica (seleccione una):

- Hispano/a o latino/a
 No hispano/a o latino/a

Identidad de género:

- Masculino
 Femenino
 Transgénero masculino
 Transgénero femenino
 Otro
 Elijo no divulgar

Orientación sexual:

- Lesbiana o gay
 Heterosexual
 Bisexual
 Otra orientación sexual
 No sé
 Elijo no divulgar

Idioma preferido:

- Inglés
 Español
 Ruso
 Lengua de signos americana
 Otro idioma: _____

Estado civil:

- Soltero/a
 En una relación
 Con pareja
 Casado/a
 Separado/a
 Divorciado/a
 Viudo/a

Poblaciones especiales

- Migratorio/a Sí No
 Estacional Sí No
 Sin hogar Sí No

Estatus de vivienda (seleccione uno):

- No sin hogar
 Viviendo en un refugio para personas sin hogar
 Transicional
 Compartiendo cuarto
 Viviendo en las calles
 Vivienda permanente de apoyo
 Otra forma de vivienda

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

SI EL/LA PACIENTE ES UN/A NIÑO/A (SI TIENE MENOS 18 AÑOS)

Nombre y apellido(s) de la persona responsable: _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

INGRESOS ANUALES ANTES DE LOS IMPUESTOS

_____ Número de personas en el hogar: _____

Se usa la arriba citada información de los ingresos únicamente como información estadística y no se usa para determinar las necesidades financieras específicas del/la paciente.

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Compañía de seguro: _____ Nº de identidad de la póliza: _____

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: _____ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: _____ Masculino Femenino

Dirección del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

Compañía de seguro: _____ Nº de identidad de la póliza: _____

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: _____ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: _____ Masculino Femenino

Dirección del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y REGLAS FINANCIERAS

Por la presente autorizo que se hagan los pagos de todos los beneficios de seguros médicos, Medicaid y/o Medicare directamente a MAHEC y les autorizo a ellos a presentar reclamos de seguro en mi nombre. También les autorizo a ellos a divulgar mi información médica y/o información de mi cuenta a mi proveedor de seguro médico, Medicaid y/o Medicare tal como sea requerido para satisfacer los reclamos. Accedo notificarles a ellos si mi cobertura cambia.

Comprendo que MAHEC:

- Espera el pago el mismo día de atención (si tiene seguro médico los co-pagos y deducibles se pagan el día de atención).
- Acepta pago en efectivo, cheques, tarjetas de débito o tarjetas de crédito principales.
- Cuenta con que presentaran los reclamos en mi nombre a Medicaid, Medicare y a todos los seguros médicos. Sin embargo, es mi responsabilidad saber los detalles de mi cobertura y proporcionar información actual y precisa a MAHEC.
- Trabajaré conmigo para establecer planes de pago.
- Proporciona servicios y tratamiento cuales son medicamento apropiados. Sin embargo, algunos de estos pueden no ser cubiertos por mi plan de seguro y será mi responsabilidad pagar por estos.
- Espera que la compañía de mi seguro médico pague dentro de un período de 90 días a partir de la fecha del rendimiento del servicio y me facturará directamente si el seguro médico no paga.
- Espera que el padre/la madre o tutor/a legal pague por todos servicios brindados a sus dependientes.
- Espera que yo mantenga mis citas y que llame con por lo menos 24 horas de anticipación para cancelar una cita. Comprendo que el no hacer esto puede resultar en que ya no se me acepte como paciente en este consultorio.

He leído y comprendo lo arriba citado.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

AVISO: El no firmar este acuerdo no le exime de las arriba citadas expectativas.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Consiento voluntariamente a los servicios de rutina, tratamiento(s) médico(s), procedimiento(s) diagnóstico(s) de radiología, análisis diagnóstico(s) de laboratorio, servicios de salud mental y servicios ofrecidos por trabajadores de salud profanos (por ejemplo, doula/comadrona, trabajador/a de salud de la comunidad, especialista de apoyo individual) según lo que los proveedores de atención médica quienes me atienden consideren necesarios en cualquiera de las instalaciones de MAHEC. Voluntariamente doy mi consentimiento para permitir a MAHEC buscar atención médica de emergencia de parte de un médico u hospital, si es necesario. Comprendo que los procedimientos diagnósticos pueden incluir, pero no se limitan a, estudios de laboratorio de sangre, orina y tejido, incluidas las pruebas de detección de sustancias controladas. Comprendo que los procedimientos diagnósticos de radiología incluyen, pero no se limitan a, rayos x, ultrasonido, y/o mamografía. Comprendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y tratamiento pueden causar herida o incluso la muerte. Comprendo que tengo el derecho de hacer preguntas acerca de mi tratamiento y/o mis procedimientos y que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento o procedimiento. Accedo a notificar a mi profesional médico de mis preocupaciones.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE CONTACTOS ALTERNATIVOS

Autorizo a MAHEC a conversar sobre información médica y financiera acerca de la atención y de los servicios brindados a mí con las siguientes personas:

Contacto #1

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

Contacto #2

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

Contacto #3

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Se me ha dado la oportunidad de leer el aviso de normas de privacidad de MAHEC, y mis preguntas acerca de dicho aviso han sido contestadas. Comprendo que si elijo no firmar este reconocimiento, MAHEC continuará a brindarme servicios y usará y divulgará mi información de salud protegida (Protected Health Information o PHI, por sus siglas en inglés) de acuerdo con el aviso de normas de privacidad de MAHEC.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY / USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

Primary Care Provider: _____

Copy of insurance card obtained? Yes No



PROGRAMA DE DESCUENTO BASADO EN LOS INGRESOS DEL HOGAR
Apoyo financiero compasivo

¡Gracias por solicitar nuestro programa de descuento basado en los ingresos y tamaño del hogar!

Estos documentos tendrán que ser entregados antes de que su solicitud pueda ser procesada:

- Solicitud completada
- Comprobante de ingresos

Por favor devuelva todos los documentos a su asesor/a financiero/a de pacientes dentro de los 30 días después de la fecha de su primera cita.

Family Health Centers and Internal Medicine

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-3507
Fax: (828) 407-2640

Dirección postal:
123 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Ob/Gyn Specialists

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-5443
Fax: (828) 407-2639

Dirección postal:
119 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Center for Psychiatry and Mental Wellness

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-3460
Fax: (828) 820-8327

Dirección postal:
125 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Dental Health Centers

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 398-5918
Fax: (828) 552-8691

Dirección postal:
123 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, por favor llame a su asesor/a financiero/a de pacientes a los números arriba citados.

¡Gracias!

Ingresos anuales del hogar de todos los adultos quienes trabajan

Fuente	Usted	Pareja	Otro	Total
Los dos últimos talones de cheque, formulario de declaración de impuestos con el anexo C si trabaja por cuenta propia, o carta del empleador				
Compensación por desempleo, compensación al trabajador (indemnización por accidentes/ enfermedades laborales), seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos al veterano, beneficios al sobreviviente, pensión o ingreso de jubilado				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de patrimonio/herencia, fondos fiduciarios, asistencia educacional, pensión alimenticia (conyugal), manutención infantil, asistencia de parte de fuentes fuera del hogar, y otras fuentes diversas				

NOTE BIEN: Antes de que se apruebe un descuento es necesario que proporcione copias de declaraciones de impuestos, talones de cheque, u otra información que verifique los ingresos.

Declaro que la arriba citada información acerca del tamaño de la familia y de los ingresos es correcta.

Nombre y apellido(s) (por favor en letra de molde)

Firma _____

Fecha _____

Office Use Only (exclusivamente para uso oficial)

Approved by: _____

Date approved: _____

Family size: _____

Income: _____

Approved discount: _____

Date received signed agreement: _____

Verification Check List

Yes

No

Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or		
Income: Prior year tax return, two most recent pay stubs, or other		